FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1880 — **THÈSE** — N° 131

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 7 avril 1880, à 1 heure

PAR JULES MARQUIÉ

Né à Mazères (Ariège), le 8 février 1856.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES SOUS-CUTANÉS DOULOUREUX

Président : M. GUYON, *professeur.*

Juges MM. TRÉLAT, *professeur.*
DIEULAFOY, TERRILLON, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1880

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. VULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRELAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASEGUE. HARDY. POTAIN
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladie de l'encéphale	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique ophthalmologique	PANAS
Clinique d'accouchements	DEPAUL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honnoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	DELENS.	HENNINGER.	POZZI.
BERGER.	DIEULAFOY.	HUMBERT.	RENDU.
BERGERON.	DUGUET.	DE LANESSAN.	RICHET.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANCEREAUX.	RICHELOT
BOURGOIN.	FARABEUF.	LEGROUX.	RIGAL
CADIAT	FERNET.	MARCHAND.	STRAUS.
CHANTREUIL	GAY.	MONOD.	TERRIER.
CHARPENTIER.	GRANCHER.	OLLIVIER.	TERRILLON.
DEBOVE.	HALLOPEAU.	PINARD.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	N.
— d'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires	N.
Chef des travaux anatomiques	FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni une approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MERE ET A MA FAMILLE

A M. LE DOCTEUR CH. MUSSET
Professeur de Botanique à la Faculté des sciences de Grenoble

Témoignage de reconnaissance de son ancien élève

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES SOUS-CUTANÉS DOULOUREUX

INTRODUCTION.

Certaines tumeurs, tout en étant bénignes, occasionnent de violents accès de douleur ; accès si intenses, que, dans les dénominations que leur ont données les auteurs, ce caractère se trouve toujours mentionné.

Ces phénomènes douloureux nous frappèrent dans plusieurs cas de tumeurs sous-cutanées que nous obervâmes, lors de notre stage, chez M. le professeur Gosselin, notamment chez une femme atteinte de fibrome sous-cutané douuloureux du dos de la main ; et nous avons résolu de traiter, dans notre thèse inaugurale, ce sujet qui a été si souvent la source de diagnostics erronés.

En parcourant les auteurs qui ont écrit sur cette question, nous nous sommes persuadé qu'elle est parfaitement connue; aussi ne prétendons-nous pas en donner une description nouvelle, mais simplement ajouter à l'histoire classique de cette affection, certains faits, qui, sans pré-

senter une importance de premier ordre ne nous semblent cependant pas dépourvus d'intérêt.

Nous devons à la bienveillance de M. le professeur Gosselin, l'autorisation de publier trois observations inédites avec les considérations auxquelles elles ont donné lieu de la part de ce savant maître. Qu'il nous soit permis de lui en témoigner ici toute notre gratitude.

Nous remercions aussi M. le professeur Guyon, de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, et M. le Dr André de la bienveillance avec laquelle il nous accueillit dans les hôpitaux de Toulouse, lors de notre séjour dans cette ville.

HISTORIQUE.

Les tumeurs fibreuses dont nous allons nous occuper ont porté différents noms suivant l'opinion anatomo-pathologique qu'en avaient les auteurs :

Glandules (Morgagni) (1), ganglion nerveux (Marc Antoine Petit) (2), durillon (Portal (3),) tubercule sous-cutané douloureux (Wood) (4), tumeur fibro-celluleuse enkystée (Dupuytren) (5), fibrome sous-cutané doulou-

(1) Morgagni. De sedibus et causis morborum, 1761, ép. 50,

(2) Marc-Antoine Petit. Discours sur la douleur, prononcé à l'ouverture du cours d'Anatomie et Chirurgie à Lyon, 1799.

(3) Portal. Anat. médico-chirurgical, p. 216 et 217, 1804.

(4) Wood. Tubercules sous-cutanés douloureux, Edinburgh medical and surgical journal, 1812.

(5) Dupuytren. Leçons orales de clinique chir., t. IV, p. 414, 1839.

reux (Follin) (1); elles rentrent dans les tumeurs irritables de M. Broca (2) et dans les névromaties douloureuses de Virchow (3).

De toutes ces dénominations on n'a conservé que celles de Wood, Follin et M. Broca sous lesquelles on les désigne ordinairement.

On a essayé de torturer les textes anciens afin d'y découvrir une mention de ces tumeurs. Elles ne sont que vaguement signalées dans les ouvrages d'Hippocrate, Galien, Avicenne etc..., et l'on n'en trouve une indication que dans Franco (1561), cité par Velpeau dans sa médecine opératoire. Encore peut-on contester cette observation très incomplète, car, si le siège est bien celui qu'occupent généralement ces tubercules, un seul caractère est indiqué, c'est la douleur qui se rencontre aussi dans d'autres tumeurs, comme nous le dirons plus tard. Voici d'ailleurs le texte :

« Une femme portait depuis dix ans une tumeur grosse comme une noisette au devant du tibia ; cette tumeur était le siège de douleurs perpétuelles qui disparurent après l'opération. » L'examen de la tumeur après son avulsion n'a pas été même fait. En 1633 Ambroise Paré (4) parle de *nodus*, désignant par ce mot des exostoses syphilitiques et des névromes, ce qui n'a aucun rapport avec notre sujet.

(1) Follin. Traité élémentaire de Path. externe, t. II, p. 101.
(2) Broca. Traité des tumeurs, t. II, p. 473, 1869.
(3) Virchow. Pathol. des tumeurs, t. III, p. 439, 1871.
(4) Ambr. Paré. Livre VII, chap. XX, p. 205.

Cheselden (1) le premier en donna une description un peu plus circonstanciée « j'ai vu deux fois, dit-il, immédiatement sous l'enveloppe cutanée du tibia une petite tumeur aussi grosse qu'un pois, excessivement sensible et dure ; les douleurs la firent regarder dans les deux cas comme cancéreuse ; elle fut guérie par l'extirpation. »

Camper (2) (1760) les considère comme de vrais névromes et en fait ressortir le caractère essentiellement douloureux : « Non raro in nervis cutaneis tubercula parva ac dura observantur, quæ vera ganglia sunt. Pisi magnitudinem non excedunt... albicant intus, cartilagineœ duritiæ, renitentia et intra tunicorum sedem habent. »

Morgagni (3) (1761) cite un cas qu'il tient de Valsalva, il s'agit d'une tumeur très petite, dure, venue au niveau de la malléole. Elle causa de telles douleurs pendant plus de 16 ans, que la jeune fille qui la portait voulait se faire couper le pied. Après son excision ces douleurs ne reparurent plus : « Hæc adempta glandula, nullum amplius dolorem rediisse. »

Nous arrivons ainsi à M. Ant. Petit (4) (1799) qui mentionne ces tumeurs et les regarde comme « *l'épanouissement des nerfs.* » Portal (5) les signale et les appelle des durillons : « il se forme quelquefois, dit-il, des durillons dans les nerfs cutanés et dans les autres nerfs, qui ne de-

(1) Cheselden, Anatomy of the Humann Body, 10e édit., p. 136.
(2) Camper. Demonstrationum anatomico-pathologicarum, lib. II, p. 11, 1860.
(3) Morgagni. Ep. 50, op. cité.
(4) Petit. Op. cit.
(5) Portal. Op. cit.

viennent pas plus gros qu'un pois. » et en marque la nature nerveuse.

Mais l'auteur qui le premier en traça une excellente description est Wood (1812) (1), dont le mémoire est au dire de Follin (2) « une monographie remarquable à laquelle il y a peu de chose à ajouter. » Il donne à ces tumeurs le nom de *tubercule sous-cutané douloureux* dont se servent aussi beaucoup de chirurgiens, mais les regarda à tort comme des névromes.

Descot (3) en 1822 en fit le sujet de sa thèse inaugurale et réunit un grand nombre d'observations prises dans tous les auteurs, ce qui rend ce travail très intéressant. Dans ses leçons de clinique, Dupuytren en 1839 (4), en parle longuement et les appelle « *tumeurs fibro-celluleuses enkystées.* » Il établit leur indépendance vis-à-vis des nerfs, mais commet une erreur en les croyant susceptibles de gagner les ganglions voisins et de se terminer par le ramollissement cancéreux. Wilmot (5) fait paraître en 1839 des observations dans la Gazette médicale.

Velpeau (6) les enveloppe dans le groupe des *tumeurs névromatiques*, les croyant de nature nerveuse et se fondant sur ce que si les nerfs n'ont pas été constatés, c'est qu'ils sont de trop petit calibre.

Paget et Fock publient aussi des recherches.

(1) Wood. Op. cit.
(2) Follin. Op. cit.
(3) Thèse de Descot, n° 233, 1822.
(4) Dupuytren, op. cit.
(5) Wilmot. Observations de petites tumeurs développées sous la peau (Gaz. méd. 1839, p. 426, extrait de Dublin med. Press).
(6) Velpeau. Méd. opératoire, t. III, p. 101-119.

Follin en 1869 en donne une bonne description dans sa pathologie externe, mais incomplète sur certains points. Il propose de les appeler *fibromes sous-cutanés douloureux* vu leur constitution anatomique. M. le professeur Broca dans son traité des tumeurs les a décrites de la manière la plus complète et la plus juste, avec les tumeurs irritables.

Enfin Virchow dans la pathologie des tumeurs leur donne le nom de névromaties douloureuses et en parle longuement.

Nous n'avons signalé dans cet aperçu historique, que les ouvrages les plus importants qui ont trait à la question. On trouve dans la thèse de Descot les citations d'un grand nombre d'auteurs dont nous n'avons pas parlé à dessein, tels que Hall (1804), New Bigging (1811), Marjolin, etc.

Pour être complet, ajoutons que l'on trouve des observations dans les journaux de médecine, dont nous donnons la liste et l'origine à l'index bibliographique.

En résumé, nous voyons : 1° que la connaissance de ces tumeurs, ne remonte pas au delà du XVIe siècle ; 2° qu'elles ont été diversement dénommées et 3° que leur véritable structure n'est connue que depuis Dupuytren.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le volume de ces tumeurs est très variable, cependant elles restent presque toujours très petites et ne dépassent pas la grosseur d'une fève de marais.

Ordinairement elles sont uniques, cependant on possède

plusieurs observations de tumeurs sous-cutanées douloureuses multiples.

Observation I.

Siébolt (1805) constate sur lui-même 2 tumeurs nerveuses situées l'une auprès de l'autre à la partie antérieure du pied, entre les malléoles. Elles donnaient lieu à des douleurs cruelles que ne pouvaient apaiser ni les narcotiques, ni les excitants. Le père de cet homme illustre les attaqua par le caustique; la maladie sembla ainsi détruite, mais elle reparut de nouveau. Il eut recours à une nouvelle application de caustique, qui, plus efficace que la première, la détruisit complétement (thèse de Descot).

Obs. II. — Due à Wood.

Il s'agit d'une dame de 30 ans ayant trois tubercules sous les téguments à la partie supérieure du grand fessier, accès de douleur fréquents, ces douleurs se portaient très loin. Quelquefois spontanées, fréquemment causées par le frottement des habits, extirpation, guérison, (th. Descot.)

Obs. III. — Due à Marjolin.

Homme de 30 ans portant plusieurs tubercules très douloureux dans le côté droit du scrotum occasionnant des douleurs très vives du côté du scrotum et de la partie interne de la cuisse droite. Guérison après extirpation (th. de Descot).

Mais ces cas sont exceptionnels.

Obs. IV. — (Personnelle.) Service de M. le professeur Gosselin. Tubercule fibreux sous-cutané douloureux du dos de la main droite. Douloureux seulement pendant la grossesse. Début il y a 15 ans. La femme est enceinte de 2 mois pour la 3e fois. Extirpation. Guérison.

La nommée Lefèvre, âgée de 40 ans, exerçant la profession de lingère, entre à l'hôpital La Charité le 15 mars 1878, salle Sainte-Catherine, n° 23. Cette femme d'une constitution moyenne ne signale aucune maladie antérieure et se plaint d'une très forte douleur qu'elle ressent à la main droite et le long du bras chaque fois qu'elle est enceinte. Se trouvant dans cet état depuis 2 mois pour la 3° fois, elle a vu ses douleurs, qui dans l'intervalles'étaient calmées, se réveiller avec une grande intensité. M. le professeur Gosselin, après avoir examiné la malade, nous fait remarquer que ce tubercule est rouge, douloureux au toucher, qu'il donne souvent des douleurs spontanément et dans tous les cas est seulement douloureux pendant la grossesse. Pas de fluctuation, dans le cas où ce serait un abcès il devrait être très rempli pour ne pas donner lieu à cette sensation. Il n'est pas adhérent à la peau qui glisse facilement dessus.

Dans ces cas, dit M. Gosselin, on a généralement affaire à des tubercules fibreux sous-cutanés douloureux. Cette douleur les fait appartenir aux névromes car souvent il y a des nerfs enveloppés dans la tumeur.

Peut être y a-t-il des tubes nerveux ?

18 mars, la malade est endormie à l'éther, ce qui n'a pas d'inconvénient vu son état peu avancé de grossesse;

la petite tumeur est enlevée par une petite incision faite à son niveau; à la coupe, du moins à l'œil nu, elle paraît formée de tissu fibreux.

Pansement à l'alcool et tarlatane phéniquée.

22 mars. M. le professeur Gosselin nous rend compte de l'examen microscopique de la tumeur.

« La tumeur enlevée au dos de la main, dit-il, est composée de tissu conjonctif, çà et là on trouve des cellules fusiformes (cellules ayant un noyau).

Ces cellules ne nous apprennent rien sur la gravité ou la bénignité de la maladie, car on les trouve tout aussi bien dans des tumeurs malignes, voilà pourquoi lorsqu'on en rencontre on a le droit de rester dans l'hésitation.

Il faut dans ces cas pour décider la question s'en tenir simplement aux caractères cliniques.

Ici il y en a deux capitaux :

1° *La tumeur date de* 15 *ans* et n'est pas encore ulcérée; or quand une tumeur est de mauvaise nature, elle ne reste pas 10 ou 15 ans sans s'être développée beaucoup plus et avoir envahi les parties circonvoisines.

Ces caractères sont fondamentaux, ce qui me fait dire qu'elle est bénigne.

2° Le deuxième caractère en faveur d'une tumeur bénigne, c'est qu'elle contient beaucoup de tissu conjonctif qui appartient surtout aux tumeurs bénignes. Néanmoins il faut faire des réserves à ce sujet.

Relativement à la douleur qu'éprouvait cette malade l'explication est difficile car on n'a pas trouvé de tube nerveux. »

Le 24 mars. Aucune inflammation autour de la petite

solution de continuité qui a très bien marché vers la guérison sous l'influence du pansement à l'alcool. Plus de douleur à ce niveau à la pression, la malade sort.

Nous voyons d'après cette observation curieuse à plus d'un titre que du tissu fibreux seul composait cette tumeur. Il en est ainsi la plupart du temps. Les auteurs anciens admettaient leur constitution nerveuse à cause des douleurs dont elles sont le siège, et Dupuytren fut le premier qui contesta cette opinion et établit que ses devanciers étaient dans l'erreur : « De nombreuses observations m'ont prouvé qu'elles sont tout à fait étrangères aux nerfs ; j'en ai disséqué plusieurs avec un soin minutieux sur le cadavre, et, pour mieux m'assurer de leur nature, j'ai, en les extirpant, enlevé avec elles une assez grande quantité de tissu cellulaire chez des individus courageux, et, jamais je n'ai vu le plus petit filet nerveux adhérer à leur surface. » Il ajoute : « leur tissu est évidemment fibro-celluleux. » Follin (1) est aussi de cet avis. « Dans un cas, dit-il, que j'ai examiné avec soin, il m'a été absolument impossible de découvrir le moindre nerf, même au microscope, sur ou dans la tumeur. » Broca (2) dans son traité des tumeurs écrit « l'étude histologique a démontré d'une manière irrécusable que la plupart des tumeurs irritables ne renferment, soit à leur surface, soit dans leur épaisseur, aucun filet nerveux ». Richard (3) dans sa thèse inaugurale donne l'examen microscopique d'une de ces tumeurs dans

(1) Follin. Path. ext., p. 104, t. II.
(2) Broca. Op. cit.
(3) Richard. Thèse de doct, 1874, n° 77.

laquelle M. Grancher ne put constater le moindre élément nerveux.

Paget, Fock, Verneuil, ont aussi prouvé la vérité de ce fait histologique. Cornil et Ranvier (1) au contraire tout en reconnaissant que l'on n'a jamais trouvé de tubes nerveux dans ces tumeurs prétendent, « qu'elles contiennent probablement des nerfs englobés et comprimés dans du tissu conjonctif nouveau ». Virchow (2) se range aussi de leur côté et dit « ce résultat négatif des recherches n'est sans doute pas décisif, puisqu'en matière de corrélation avec les nerfs il s'agit de *filaments d'une ténuité extrême* et que les nerfs de l'intérieur des tumeurs ne peuvent se distinguer que difficilement des parties constituées par le tissu conjonctif ». Pour nous, tout en respectant l'opinion du célèbre professeur allemand, nous ne l'admettons pas et nous sommes persuadés que les histologistes distingués qui ont traité cette question auraient pu découvrir, s'ils avaient existé réellement, même au milieu des difficultés qui surgissent dans cet examen du tissu conjonctif, les *filaments d'une ténuité extrême*, que les savants allemands n'ont pu constater mais dont ils ne repoussent pas l'existence.

Elles sont donc constituées par des éléments fibreux à divers degrés de développement, tantôt de fibres très serrées, entrelacées, au milieu desquelles l'acide acétique fait découvrir des noyaux allongés, tantôt de fibres unies à des éléments cellulaires. — Quant à leur disposition, elles sont

(1) Cornil et Ranvier, p. 240.
(2) Virchow. Op. cit.

quelquefois parallèles, d'autres fois concentriques à de très petites cavités. D'après Axmann, ces tumeurs sont composées de couches emboitées de tissu fibreux.

Ajoutons qu'elles sont entourées d'une capsule fibro-celluleuse, quelquefois assez épaisse, ce qui les a fait décrire par Dupuytren sous le nom de fibro-celluleuses enkystées. Dans un cas de Cabaret une petite quantité de sérosité se trouvait contenue dans l'enveloppe en même temps que le tubercule.

La forme de ces tumeurs est ordinairement arrondie. Elles rebondissent quand on les laisse tomber sur un plan résistant. Elles sont situées dans l'épaisseur du tissu cellulaire et dans un cas de Fock elle naissait du périoste du tibia.

En résumé, ces tumeurs ne sont composées que de tissu fibreux et l'on n'y constate pas d'élément nerveux.

SYMPTOMES.

Le caractère le plus saillant de ces tumeurs est de causer une douleur excessive, et cela a surtout frappé les observateurs de toutes les époques. Franco, Cheselden Camper, Morgagni etc... y insistent d'une façon particulière. Les auteurs venus après eux ont aussi insisté sur ce point et ont même mentionné ce symptôme dans les différents noms qu'ils ont donnés à ces tubercules.

Dans certains cas, cette douleur a pu provoquer des

syncopes. Portal parle d'une dame chez laquelle elles suscitaient des accès d'épilepsie. « Le citoyen Le Duc, a guéri une femme qui éprouvait de fréquents accès d'épilepsie, qui commençaient par de vives douleurs du pouce de la main droite ; par l'extirpation d'un durillon près de l'articulation de la première avec la 2e phalange du côté de la paume de la main. »

Observation V.

Hall rapporte l'observation d'un cordonnier, qui se piqua le bout de l'index gauche avec son alêne. Dès ce moment il éprouva des douleurs assez vives à ce niveau, et qui furent en augmentant d'intensité pendant sept ans. Elles suivaient le bord externe de la main, quelquefois se propageaient le long des deux côtés du bras, cuisse et jambe du même côté jusqu'aux orteils. S'il venait accidentellement à se heurter il en résultait une syncope.

Ses indispositions générales augmentaient ses souffrances, qui étaient aussi aggravées par le froid, l'eau froide, la chaleur pendant les accès apportait du soulagement. Extirpation; guérison.

A l'examen, la partie enlevée était comme indurée sur un petit corps d'une texture cartilagineuse, qu'elle semblait contenir dans un kyste. (Th. Descot.)

Ici nous voyons provenir les syncopes dont nous parlons; nos voyons aussi la douleur s'irradier très loin. Rarement en effet, elle reste limitée à la tumeur. C'est ainsi que dans la 3e observation de Wilmot, il s'agit d'une femme ayant un tubercule à la partie interne du genou gauche et chez

laquelle « la douleur occupait tout le côté gauche de la tête aux pieds. » Dans le cas de Cabaret (1), elle s'étendait de la région lombaire à la paroi antérieure de l'abdomen et à la fesse ; s'accompagnait de crampes et de mouvements spasmodiques des muscles de cette région. Cette irradiation est la règle. Dans notre observation ne remarquons nous pas qu'elle occupe tout le bras alors que le tubercule est à la main ? Ces douleurs surviennent par accès, quelquefois spontanément, mais le plus souvent à la suite d'un coup ou d'un simple frôlement. La pression peut les faire naître, toujours les augmente et nous ne connaissons guère que le cas de New-Bigging dans lequel « les souffrances sont toujours allégées par le frottement de la partie malade. »

L'exposition au froid chez un grand nombre d'individus a pu causer des accès comme cela se voyait dans le cas que nous venons de citer. De même dans celui du cordonnier de Hall. Bien d'autres ont appuyé sur cette particularité et y ont même ajouté l'influence des saisons, les changements de temps (Bisset), comme M. Richard (2) y insiste dans sa thèse.

La grossesse a une influence bien manifeste sur leur production. Dans l'observation que nous rapportons, elle en est même la condition essentielle, et la femme qui en fait le sujet nous a assuré ne rien ressentir en dehors de l'état de gestation. Bisset (th. Descot.) parle d'une enfant de 13 ans atteinte d'une tumeur de la face externe de la

(1) Cabaret. Gazette médicale, Paris, 617, 1851.
(2) Richard. Thèse de Paris, 1874, n° 77.

jambe gauche, qui, plus tard, quand elle devint grosse, ressentit une aggravation très notable dans ses souffrances.

L'époque menstruelle aurait aussi, d'après cet observateur et beaucoup d'autres après lui, la triste propriété d'augmenter les souffrances.

Les indispositions générales d'après Hall produisaient le même effet. (Obs. V.)

La chaleur au contraire aurait quelquefois une action favorable (Hall-New-Bigging).

Dans plusieurs cas la douleur était comparable à une piqûre d'épingle (New-Bigging).

D'autres fois les accès apparaissent spontanément sans qu'ils puissent être rapportés à aucune cause.

La durée des paroxysmes varie entre quelques minutes et quelques heures.

La douleur se montre dans certains cas avant la constatation de la tumeur, ce qui avec les paroxysmes a contribué beaucoup à induire en erreur pour le diagnostic et a pu faire croire croire soit à des névalgies, soit à du rhumatisme. Nous voyons dans les cliniques de Dupuytren plusieurs cas de ce genre.

Obs. VI. — (Dupuytren, ob. II.)

Une dame ayant un ganglion sur le trajet de la 5e paire, les médecins pratiquèrent la section du sous-orbitaire sans succès et l'extirpation seule fit cesser les douleurs. On avait appliqué des sangsues, des vésicatoires; tout cela inutilement, comme s'il eût été question d'une névralgie.

Observation VII.

Un ancien militaire éprouvait des douleurs dans le côté droit de la face. Ces douleurs revenaient par accès; on diagnostiqua *névralgie sous-orbitaire* (sangsues, préparation d'opium; Pil. Méglin...). On aperçoit sur la joue une petite tumeur qui fut enlevée et les souffrances ne reparurent plus (Dupuytren).

Ajoutons que ces accès, à des intervalles plus ou moins éloignés, apparaissant souvent la nuit, fatiguent beaucoup les malades qu'ils plongent dans l'insomnie, et auxquels ils enlèvent l'appétit. Peut-être pourraient-ils les plonger dans l'hypochondrie ?

Quelle est donc la cause de ces douleurs ? Voilà la première question que l'on se pose devant de pareils symptômes.

Ici les opinions sont partagées.

Dupuytren croyait que la cause est dans l'existence de l'enveloppe cellulo-fibreuse, qui s'opposerait au développement de la tumeur.

Follin ne résout pas cette question et dit : « qu'on ne peut guère l'expliquer par une compression des filets nerveux. »

Pour Broca la tumeur ne serait pas irritable, mais bien l'individu. Et ce qui le prouverait, c'est que le fibrome sous-cutané douloureux n'est pas le seul qui produise ces accès. Il rappelle plusieurs observations prises dans les auteurs différents, observations ne concernant pas des fibromes sous-cutanés douloureux et qui ont été accom-

pagnés des mêmes phénomènes. Il y ajoute une observation qui lui est personnelle : « C'était, dit ce savant professeur, une tumeur remplie de matière calcaire. Elle était quelquefois douloureuse, mais ne pouvait cependant passer pour irritable. » Il rappelle l'observation de Béclard lors de son internat à Anger, et ajoute qu'ici probablement il s'agissait d'une légère angioleucite. Plus tard, dit-il, Béclard ayant eu un furoncle au menton, le passage du rasoir à ce niveau, sur la petite cicatrice qu'il avait laissée lui causait des vives douleurs. Tout cela ne prouve-t-il pas que l'individu est seul irritable, puisque des causes différentes peuvent chez le même provoquer des effets analogues ?

L'absence de douleurs dans des fibromes volumineux s'explique par ce phénomène bien connu, à savoir, qu'une forte pression sur un filet nerveux n'en provoque pas, tandis qu'elle est déterminée par un léger attouchement. Une des conditions même de cette douleur est le peu de volume de la tumeur.

En outre, ici, les filets nerveux en rapport avec les tumeurs étant très petits, à névrilemme très mince, seraient plus exposés que les autres aux irritations mécaniques.

Et le savant professeur termine en disant : « La catégorie disparate des tumeurs sous-cutanées irritables comprend, outre les fibromes du tissu conjonctif, des fibroïdes, des chondromes, des squirrhes, des lipomes, des kystes, des indurations inflammatoires ou cicatricielles, enfin de véritables névromes; et cette énumération est sans doute

loin d'être complète. Je suis convaincu, pour ma part, que toute tumeur sous-cutanée peut devenir irritable. »

Heurtaux (1) a vu un très petit adénome du doigt et un petit kyste des parois thoraciques s'accompagner de douleurs fulgurantes avec irradiations.

Virchow admet aussi qu'un grand nombre de tumeurs peuvent occasionner ces accès de douleur, et pour ce qui est du tubercule sous-cutané douloureux, il semble croire à la présence de filets nerveux.

Nous pouvons ajouter à l'appui de l'opinion de ces savants deux observations personnelles recueillies dans le service de M. le professeur Gosselin.

Obs. VIII. — Service de M. Gosselin. (Personnelle.)

La nommée A. O..., âgée de 29 ans, entra dans le service de M. le professeur Gosselin, salle Ste-Catherine, n° 8, pour un panaris du pouce droit. Ce dernier se termina après la perte de la première phalange. Cette femme, sujette à de très fortes et très fréquentes attaques d'hystérie, avait au moment d'un accès saisi un rasoir par la lame. Cet accès avait été produit par l'impression douloureuse qu'elle ressentait au sein droit, chaque fois qu'elle levait le bras ou que son corset pressait sur ce sein. En examinant cette mamelle on trouvait une petite dureté très douloureuse au toucher.

M. le professeur Gosselin trouva le cas assez intéres-

(1) Heurtaux. Nouv. dict. de méd. et chirurg. pratiques, t. XIV, p. 587.

sant pour nous en entretenir. Cette grosseur remontait environ à trois ans, et la malade ne se rappelait pas d'avoir jamais senti l'introduction d'un corps étranger à ce niveau. Il fallait avoir recours à une petite manœuvre spéciale pour pouvoir constater cette dureté, et la malade, qui la fit devant nous, savait très bien qu'elle apparaissait en pressant le sein de bas en haut.

Il fallait songer à trois choses. Soit à une tumeur appréciable, soit une névralgie, soit un corps étranger. M. Gosselin affirma qu'il y avait là un corps étranger. Cette grosseur, disait-il, n'a pas la forme arrondie du tubercule sous-cutané douloureux, et en outre est très dure. Quand on rencontre des tumeurs très dures, non arrondies, mobiles, il faut songer à un corps étranger. L'extirpation est résolue et arrêtée au lendemain 5 mars 1878. Une petite incision est faite à ce niveau, et l'on retire une aiguille enkystée ayant 1 cent. 1/2 de longueur.

Cette observation est très curieuse. Nous avons revu ces jours derniers encore la malade qui nous a confirmé l'exactitude de nos notes, et a ajouté que souvent la douleur était si violente avant l'extirpation qu'elle lui occasionnait des attaques d'hystérie. Depuis la petite opération elle n'a plus rien éprouvé.

Obs. IX. — Service de M. Gosselin. Salle Sainte-Catherine, nº 19. (Personnelle.)

La malade entre le 19 mars 1878. Elle porte à la mamelle gauche un tubercule de la grosseur d'une petite noisette qui roule facilement sous la peau et est doulou-

reux au toucher. Pas de rougeur, pas de gonflement des ganglions de l'aisselle, ni douleurs de ce côté.

Invasion il y a trois mois. Elle en attribue la formation à des coups fréquents qu'elle a reçus. M. Gosselin nous fait remarquer que cette tumeur ressemble exactement à un tubercule sous-cutané douloureux. Cependant à ce niveau, dit-il, il arrive souvent qu'un lobule mammaire hypertrophié donne cette apparence. Aussi n'affirmera-t-il rien.

La malade est endormie à l'éther. Après ablation on constate un petit abcès enkysté à parois très denses : pansement à l'eau-de-vie camphrée. Les bords étant très rapprochés, M. Gosselin pense avoir une réunion immédiate.

Le 1er avril, la cicatrisation s'est faite rapidement, car l'on a eu la réunion immédiate que le savant professeur avait annoncée. Sortie de la malade.

Nous pouvons rapprocher de ces deux observations celle de M. Tillaux (1).

Obs. X. — Fibrôme sous-cutané douloureux de la région mammaire droite.

M. Tillaux dans l'une de ses dernières réunions cliniques à l'hôpital St-Antoine, a opéré une jeune femme d'environ 25 ans, atteinte d'une petite tumeur de la mamelle droite. Cette tumeur du volume d'une noisette était située vers la moitié supérieure, et un peu interne de la

(1) Tillaux. Gazette médicale de Paris, p. 178, 1870.

glande mammaire droite; elle était dure, glissait sous la peau ainsi que sur les parties profondes, tout en restant adhérente à la glande par un pédicule. La malade n'avait reconnu que par hasard la présence de cette petite tumeur, et ne savait par conséquent à quelle époque remontait le début ; elle était venue consulter et réclamer les soins du chirurgien pour une douleur très vive, s'irradiant dans l'oreille droite et le membre supérieur droit : cette douleur se faisait sentir principalement pendant la nuit, empêchait la malade de dormir, et elle était assez vive dans la journée pour l'empêcher d'accomplir son travail. Peu de douleur locale à la pression. Cette pression ne donne pas plus d'acuité aux douleurs irradiantes. Du reste, l'état général de la jeune femme est excellent à tous égards.

M. Tillaux diagnostique un fibrôme sous-cutané douloureux du sein, analogue à ceux que l'on observe dans le mollet, surtout chez la femme, de l'espèce de ceux qu'a décrits Velpeau dans son traité des maladies du sein sous le nom de tumeurs névromatiques et nodosités.

Le chirurgien propose aussitôt à la malade l'extirpation de la tumeur. Ce qu'elle accepte.

Le fibrome est immobilisé entre les deux doigts, et une incision de 2 cent. est pratiquée sur la peau, préalablement anesthésiée par l'éther à l'aide de l'appareil de Richardson. Mis à nu, il est saisi avec une pince-érigne, énuclée et séparé du pédicule qui le rattachait à la glande.

Le lendemain et les jours suivants, la malade annonce avec beaucoup de joie qu'elle est débarrassée des douleurs qu'elle éprouvait depuis longtemps, *douleurs considérées par plusieurs médecins comme des rhumatismes.*

L'examen histologique soigneusement fait de cette tumeur a démontré qu'elle était constituée en partie par du tissu glandulaire. On peut donc lui donner indifféremment pour étiquette le nom de fibrome ou d'adénome; mais ce qu'il y a d'évident, c'est qu'au point de vue clinique, elle s'est comportée non comme un adénome, mais plutôt comme ce que les chirurgiens appellent tubercules ou mieux fibromes sous-cutanés douloureux. »

De tous ces faits et des observations personnelles que nous y ajoutons, nous pouvons conclure avec M. Broca, que, non seulement un grand nombre de tumeurs mais encore *des corps étrangers et de petits abcès sous-cutanés* peuvent revêtir ce caractère douloureux.

Notons que dans notre observation VIII il s'agit d'une femme très-nerveuse, ce qui plaide en faveur de cette opinion du savant maître : « que sans doute le point de départ est dans les filets nerveux environnants, mais la véritable cause est dans l'idiosyncrasie nerveuse du sujet. »

Quant aux fibromes, ils sont plus souvent accompagnés de ces douleurs, précisément parceque leur dureté est favorable à la détermination de ces dernières.

Ces tumeurs ne sont pas généralement adhérentes à la peau. Cependant dans quelques cas elles n'en sont pas indépendantes, comme on peut le voir dans les observations de Thompson (1), Bouchage (2). Dans certains cas elle change de coloration à leur niveau, pendant les accès, et

(1) Thèse de Descot. Op. cit.
(2) Thèse de Paris. Bouchage, nº 74, 1874.

le tubercule devient plus saillant. Elle prendrait alors une teinte rouge, purpurine, le fibrome augmenterait de volume comme on le trouve mentionné dans les observations de Wood, New-Bigging etc., elle devenait au contraire blanche dans l'observation de Bouchage.

On a signalé aussi de l'endolorissement au niveau de la tumeur quelque temps après l'accès.

ETIOLOGIE - MARCHE

Dans les auteurs différents qui ont traité la question des tubercules sous-cutanés douloureux, on ne trouve que trois statistiques : celle de Wood, de Dupuytren et de Paget.

Camper avait bien dit que ces tubercules sont plus fréquents chez l'homme, mais nous verrons tout ce que cette opinion a d'erroné.

La statistique de Dupuytren ne doit pas non plus être regardée comme sérieuse car il a confondu ces tumeurs fibro-celluleuses enkystées avec des cancers sous-cutanés, et y a fait rentrer notamment un cas d'angioleucite, celui de M. Béclard. Aussi, ne peut-on guère s'appuyer sur ce qu'il a publié pour en tirer des déductions.

Wood sur 33 cas, a trouvé 28 femmes et 5 hommes, il a en outre remarqué que ces fibromes existaient 22 fois aux extrémités à savoir : 11 fois aux membres supérieurs et 11 fois aux membres inférieurs.

Paget sur 28 cas, mentionne 5 hommes et 23 femmes, tandis que pour les névromes il trouve un chiffre contraire; sur 26 cas, il y a 19 hommes et 7 femmes.

Dupuytren (nous avons déjà indiqué ce qu'avait de défectueux sa statistique) aurait trouvé sur 8 malades, 6 femmes et 2 hommes (nous retranchons le cas de Béclard).

Wilmot en cite trois cas constatés chez des femmes seulement, et se demande si cette affection ne leur serait pas particulière.

Nous avons essayé nous aussi de donner quelques chiffres probants et nous avons dressé un tableau dans lequel nous indiquons la source des observations, le sexe, l'âge des malades, la cause présumée, la date d'invasion, la situation et le nombre des tubercules. Nous ne faisons pas mention des cas qui ont déjà servi à faire une statistique et nous avons soigneusement éloigné aussi ceux qui nous paraissent d'un diagnostic douteux.

AUTEURS.	SEXE.	AGE.	CAUSE.	INVASION.	SITUATION.	NOMBRE.
Franco.....	F.	«	«	10 ans.	Au devant du tibia.	1
Cheselden....	»	«	«	«	Sous peau du tibia.	1
Id.	»	«	«	«		
Camper.....	F.	«	«	«	Sous peau de la partie antérieure de l'avant-bras.	1
Id.	F.	«	«	«	Partie interne du genou.	1
Siebold.....	H.	«	«	«	Partie antérieure de la jambe, intra-malléolaire.	1
Neumann....	H.	70	Coup violent.	30 ans.	Partie moyenne et interne de l'avant-bras.	1
Thompson...	F.	33	«	Plusieurs années.	Partie moyenne et externe de l'avant-bras gauche.	1
Id.	F.	57	Effort.	10 ans.	Côté externe du mollet droit.	2
New-Bigging.	F.	29	«	Plusieurs années.	Milieu de la jambe gauche côté externe.	1
Id.	F.	40	«	Aperçu dep. 10 ans.	Face externe du bras droit un peu au-dessous du coude.	1
Gillespie.....	H.	Vieil homme.	«	«	Peau de l'une des joues.	1
Bisset.....	F.	13	«	«	Face externe de la jambe gauche.	1
Pearson.....	F.	51	«	«	6 pouces de la malléole.	1
Id.	F.	«	«	«	Partie postérieure de la jambe, près le commencement du tendon d'Achille.	1
Hall.....	H.	«	Piqûre d'alène.	Gardé plus de 10 a.	Bout du doigt, index gauche, bord cubital.	1
Nicod.....	F.	40	«	«	Poitrine.	Plus.
Marjolin.....	H.	30	«	«	Côté droit du scrotum.	1
Id.	F.	60	«	«	Partie interne et postérieure du genou.	1
Valsalva.....	F.	Jeune.	«	«	Niveau de la malléole.	1
Portal.....	F.	«	«	«	Articulat. de la 1re avec la 2e phalange du pouce droit.	1
Cabaret.....	H.	46	Chute.	«	Région lombaire	1
Fock.....	F.	«	«	«	Périoste du tibia.	1
Wilmot.....	F.	Age moyen.	Piqûre d'épine.	«	Partie moyenne de la jambe.	1
Id.	F.	«	Chute.	«	Jambe.	1
Id.	F.	«	«	«	Partie interne du genou.	1
Bouchage....	H.	26	Ignorée.	Aperçu il y a 10 ans.	Face ext. de la jambe dr. à 4 trav. de doigts de la mall.	1
Richard.....	F.	«	Chute sur genou gauche.	3 mois.	Partie inférieure de la cuisse gauche.	1
Marquié.....	F.	40	«	15 ans.	Dos de la main droite.	1

Nous n'aurons après cela qu'à jeter un coup d'œil d'ensemble et tirer les déductions.

En consultant ce tableau dans lequel nous avons réuni 29 cas, nous trouvons de nombreuses lacunes. D'abord Cheselden n'indique pas le sexe des malades, aussi n'en tiendrons nous pas compte pour cette question, ce qui réduit à 27 et donne 20 femmes et 7 hommes.

Pour l'âge il n'est pas toujours indiqué non plus, mais on peut dire d'après les chiffres que nous avons que leur maximum de fréquence est de 30 ä 55 ans. Dupuytren a déjà indiqué de 35 à 60. Virchow en dit les manifestations souvent bien plus précoces : « A propos de l'âge, dit-il, j'ajouterai que, bien que les douleurs n'apparaissent dans beaucoup de cas que vers un âge avancé, on peut souvent faire remontrer très loin en arrière l'origine des tumeurs, et l'on rencontre déjà chez de jeunes sujets avant la puberté, un nombre assez considérable de tumeurs de ce genre. »

La grande difficulté consiste à connaître le moment précis du développement de ces tubercules et cette notion est impossible, car souvent ils ne témoignent leur présence par aucun symptôme et ne deviennent douloureux qu'à l'occasion d'un coup. Alors, les malades s'aperçoivent d'une dureté dont ils ne s'étaient jamais doutés, et, qui peut exister à leur insu depuis un temps plus ou moins long.

On n'en connait pas de forme congénitale (Virchow), et M. le professeur Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie, nous a assuré n'en avoir jamais rencontré chez les enfants.

L'hérédité ne jouerait non plus aucun rôle et le cas de Vallender, si remarquable par sa multiplicité, est le seul où l'on trouve mentionné qu'un frère d'un jeune garçon de 16 ans portait au front une tumeur analogue.

Les causes de toute sorte ont aussi été invoquées dans la pathogénie des fibromes sous-cutanés. Tantôt c'est un coup violent (Neumann), un effort (Thompson), de coups, une chute qui auraient été la cause du développement, tantôt c'est une piqûre d'alène (Hall), Lücke ne repousse pas cette influence quand il dit : « L'irritation qui suit un traumatisme pourrait dans quelques cas faire naître une tumeur fibreuse. »

Mais si quelquefois on a le droit d'établir une relation de cause à effet, cela n'existe pas toujours et très souvent les malades ne savent à quelle circonstance fâcheuse ils pourraient rattacher le point de départ de leur affection.

Pour l'invasion nous trouvons des chiffres excessifs. C'est ainsi que, dans le cas de Neumann, elle date de trente ans, dans un grand nombre de dix ans, et dans le nôtre c'est à quinze ans que la malade fait remonter sa tumeur.

Pendant ces longues périodes qui s'écoulent dans de véritables tortures, soit parce que les malades ne veulent pas se soumettre à une aussi légère opération, soit parce que leur médecin a mal diagnostiqué la cause de leurs souffrances, la tumeur ne grossit presque pas et ne dépasse pas la taille d'une fève de marais.

C'est ainsi que dans les cas que nous avons réunis, nous voyons toujours mentionnées de petites tumeurs, quoique

certains malades les aient constatées depuis fort longtemps.

Wood, dans sa statistique, trouve pour leur situation : sur 33 cas, 11 fois le membre supérieur, 11 fois le membre inférieur.

Voici ce que nous donne notre tableau :

Membre inférieur. .	18
Membre supérieur. .	7
Joues.	1
Poitrine.	1
Scrotum.	1
Région lombaire . .	1

Ce qui vient confirmer l'opinion de ces auteurs au sujet de la fréquence relative de ces tumeurs sur les membres. Mais il est un point où nous nous éloignons : c'est celui de la prédominance vers le membre inférieur, prédominance qui, d'après notre tableau, serait excessive et donnerait le rapport de $\frac{18}{7}$ c'est-à-dire presque de $\frac{21/2}{1}$ tandis que pour Wood les deux membres seraient également affectés, car son rapport est $\frac{11}{11}$.

Nous avons déjà dit, à l'anatomie pathologique, que ces tumeurs sont généralement uniques et que leur pluralité constitue une exception. Cela est affirmé par notre tableau où sur 29 cas nous trouvons seulement 2 cas dans lesquels il y ait eu plusieurs de ces fibromes.

Pour ce qui est de la terminaison, Dupuytren ayant confondu ces tumeurs avec les cancers sous-cutanés prétendait qu'au bout d'un certain il y avait le ramollisse-

ment cancéreux. Il confondait dès lors une affection toute locale, parfaitement curable, avec ces tristes maladies cancéreuses contre lesquelles l'art est impuissant.

Il a même fait de l'adhérence et du ramollissement un motif de pronostic grave et dit : « Si les tumeurs sont mobiles et non adhérentes à la peau qui n'a pas changé, le pronostic est bénin.... Si elles sont adhérentes à cette peau qui aurait changé de couleur, elles se reproduisent dans les ganglions voisins et les malades ne tardent pas à présenter les symptômes de la diathèse cancéreuse. »

D'où provient cette erreur qu'a commise ce grand chirurgien? Lebert (1) va nous en donner l'explication : « Le cancer sous-cutané, dit cet auteur, peut prendre son origine dans le tissu cellulaire sous-dermatique... La maladie débute par une petite tumeur superficielle ou profonde, qui, indolente au début et occasionnant fort peu de gêne, peut passer inaperçue, et ce n'est qu'au moment où elle a pris un certain accroissement, où elle fait saillie sous la peau et où elle s'accompagne d'élancements, que l'attention y est attirée. Le diagnostic est bien difficile pendant tout ce temps, et l'on ne peut soupçonner la nature cancéreuse d'une de ces tumeurs que lorsqu'elle présente un accroissement rapide... » Il ajoute qu'il n'en a observé que 4 cas, dont 3 avaient pour siège le membre inférieur. « C'est dans ces régions surtout, dit-il, que nous avons vu commettre l'erreur de prendre des tumeurs fibro-celluleuses pour des cancers. »

(1) Lebert. Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer, p. 695, chap. IV, 1851.

Voilá quelle est la cause de l'erreur de Dupuytren. Aujourd'hui elle est parfaitement reconnue et nous pouvons assurer, d'après les observations publiées et d'après la nôtre, que jamais une pareille terminaison n'a lieu dans les cas de vrais fibromes sous-cutanés.

Le danger d'infection générale ne menace pas les porteurs de ces tubercules, mais ils sont exposés à voir à tout moment et sous l'influence d'une cause quelconque se renouveler leurs souffrances.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du fibrome sous-cutané douloureux est quelquefois très facile parce que les malades ont fait eux-mêmes la découverte de la petite tumeur et qu'ils l'indiquent au médecin; d'autres fois, au contraire, il offre les plus grandes difficultés. Elles se rencontrent surtout quand la tumeur n'est pas bien apparente et que la tumeur existe avant que le tubercule ne soit bien évident.

Dans ces cas-là on peut songer à des accès névralgiques, à du rhumatisme.

Beaucoup de médecins, même parmi les plus distingués, ont commis cette erreur. Portal rapporte un fait pour lequel il fut consulté et avoue avoir fait suivre inutilement tous les traitements possibles à sa malade, jusqu'à ce que son élève vint la guérir en excisant la tumeur.

Dans Dupuytren on trouve mentionnées des erreurs de ce genre. Plus récemment (obs. X) la femme qu'opéra

M. Tillaux avait été considérée par plusieurs médecins comme atteinte de rhumatisme. Les faits de ce genre abondent. Aussi faut-il surveiller de près tout cas soit de névralgie, soit de rhumatisme qui n'aurait pas une marche normale.

Dupuytren insiste sur ces diagnostics et donne comme signe, lorsque la tumeur n'est pas apparente, l'irrégularité des accès. Sans doute si le tubercule se trouve au niveau d'un des points douloureux de Valleix, il sera plus difficile de ne pas commettre l'erreur, mais dans le cas de névralgie on n'occasionnera jamais par la pression des accès comme s'il y a un tubercule douloureux.

Dans le rhumatisme la mobilité des douleurs, leur caractère profond, éloigneront l'idée de tubercule. Dans tous les cas il faudra s'attacher à trouver la dureté qui occasionne ces paroxysmes.

Les angiomes sous-cutanés peuvent être, suivant M. Monod (1), parfaitement circonscrits, nettement séparés des tissus voisins et plongés dans l'atmosphère cellulo-graisseuse sous-jacente à la peau. Ils donnent au doigt la sensation du lipôme, ne sont ni réductibles ni pulsatils dans les observations qu'a citées cet auteur et ne provoquent pas de douleur.

Les petits lipomes peuvent occasionner de vives douleurs, comme Sanson et Begin en citent un cas dans la médecine opératoire de Sabatier. On les reconnaît à leur moindre dureté, au volume qu'ils ne tardent pas à acquérir

(1) Monod. Etude sur l'angiôme simple sous-cutané circonscrit. Thèse, Paris, 1873, n° 75.

plus tard et, après extirpation, au tissu qui les forme. Ce tissu est lardacé, graisseux.

Les cancers sous-cutanés, suivant que nous l'avons déjà exposé, peuvent induire aussi en erreur. Mais la marche ultérieure de la maladie ne tarde pas à indiquer la vraie production à laquelle on a affaire. La peau devient adhérente, des douleurs vives se développent à ce niveau, la tumeur se ramollit et présente un retentissement ganglionnaire. Enfin l'état général se ressent de l'influence de cette diathèse.

Mais le diagnostic le plus difficile est celui d'avec les névromes, et cela « parce que certaines de ces tumeurs sont des névromes. » (Jamain et Terrier) (1). Cependant lorsqu'on les trouve sur le trajet des nerfs, qu'il y en a plusieurs, que le malade ressent de l'engourdissement dans toute la région innervée par ce rameau, l'on peut songer à un névrome. L'inconvénient ne serait pas d'ailleurs grand, du moment que le même traitement leur est applicable. « Enfin la plus grande fréquence du tubercule sous-cutané douloureux chez la femme pourrait être un élément de diagnostic (2). » A la mamelle, il faudrait songer aux adénomes, et Broca dit : « Je dois ajouter que tous les cas de tumeurs irritables de la mamelle que j'ai vus, à l'exception d'un seul, m'ont paru être des adénomes. »

D'ailleurs dans cette région, plus que dans les autres, les douleurs peuvent être causées par des tumeurs de

(1) Jamain et Terrier. Path. ext., t. I, p. 346.
(2) Follin. Op. cin.

nature bien différente; même le plus simple engorgement dans un cas cité par Broca a pu produire ces douleurs névralgiques. D'ailleurs le fibrome sous-cutané douloureux à cette région est rare.

Les corps étrangers du sein peuvent aussi y faire croire; il faut interroger les malades dans ce sens, après avoir examiné attentivement la forme de la tumeur et son degré de dureté, comme nous l'avons vu faire à M. le professeur Gosselin dans l'observation que nous rapportons à ce sujet.

TRAITEMENT.

Marjolin rapporte qu'une femme de 60 ans souffrait d'un fibrome sous-cutané douloureux de la partie postérieure et interne du genou et qu'elle n'avait jamais voulu se décider à l'opération, malgré l'intensité des douleurs; des narcotiques longtemps appliqués sur le mal finirent par les calmer, et depuis elles n'ont plus reparu. D'autres auteurs ont aussi conseillé de protéger la production douloureuse à l'aide de plaques résistantes fenêtrées.

Mais tous ces palliatifs ne réussissent pas la plupart du temps et nous pouvons même dire ne réussissent jamais. La seule méthode de guérison est l'extirpation de la tumeur. Ici encore se présentent deux méthodes.

La première consiste à traiter le fibrome par le caustique, la deuxième par le bistouri.

L'emploi du caustique n'est conseillé par personne. Il a réussi cependant dans quelques cas, et malgré cela il a contre lui des auteurs d'un grand poids, tels que Dupuytren, Broca, Virchow, Follin.... Jamain et Terrier sont aussi de cet avis.

Cette préférence est donnée au bistouri parce que l'on est sûr de détruire la tumeur à la première fois, de ne pas en laisser une partie dans les tissus sous-cutanés, comme cela est arrivé par exemple dans le cas de Siebold, qui ne vit disparaître ses douleurs qu'après une nouvelle application de caustique.

On peut anesthésier, au moyen de l'appareil de Richardon, la partie du tégument que l'on va diviser, puis on incise la peau tantôt en T, comme l'a fait plusieurs fois Dupuytren, tantôt par une simple incision linéaire.

Bouchacourt (1) divise d'un même coup peau et tumeur, puis retire chaque moitié séparément.

Ne pas oublier que la névrotomie ne fait pas disparaître les douleurs, témoin le cas cité par Dupuytren d'une dame qui, ayant à la joue un de ces tubercules, subit sans succès une section du sous-orbitaire. Il fallut plus tard extirper la tumeur, ce qui amena une guérison complète.

Dupuytren conseille lorsque la tumeur est ulcérée et qu'il y a du retentissement sur les ganglions, de respecter ces tumeurs, parce que la généralisation de la diathèse ne va pas tarder à se manifester. Il vaut mieux cependant opérer tout de même lorsque l'état général n'a pas encore reçu de forte atteinte.

(1) Bouchacourt. Des tumeurs nerv. sous-cutanées et de leur traitement. (Bulletin de thér. 1851.)

CONCLUSIONS.

De ce qui précède il nous paraît légitime de tirer les conclusions suivantes :

1° L'histoire des tubercules sous-cutanés douloureux est aujourd'hui bien établie.

2° Il faut considérer ces productions comme des fibromes sans mélange d'éléments nerveux.

3° Leur physionomie clinique est nette, et le diagnostic en est généralement facile. Cependant comme il existe des tumeurs sous-cutanées d'autre nature, même des corps étrangers, susceptibles d'amener de la douleur, il faut toujours apporter une certaine attention dans l'examen des malades.

4° Les fibromes sous-cutanés douloureux, nom qui nous semble préférable à celui de tubercules, se montrent surtout chez la femme. On ne les rencontre pas chez les enfants. Leur siège de prédilection est le membre inférieur.

5° Le seul traitement qu'il convient de leur opposer est l'extirpation par le bistouri.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Cheselden. Anatomy of the humanbody.

Camper. Demonstrationum anatomico-pathologicorum (1760).

M. Ant. Petit. Discours sur la douleur (1799).

Morgagni. De sedibus et causis morborum.

Portal. Anatomie médico-chirurgicale (1803).

Wood. Tubercules sous-cut. douloureux (Edinburgh medical and surgical journal 1812).

Descot. Thèse de Paris, 1822, n° 233. (Dissertation sur les affections locales des nerfs).

Dupuytren. Leçons cliniques (d'une espèce particulière de tumeurs fibro-celluleuses enkystées, 1839).

Wilmot. Observations de petites tumeurs douloureuses développées sous la peau (Gazette médicale, 1839. Extrait de Dublin medical Press).

Velpeau. Médecine opératoire.

Paget. Paniful subcutaneous tumours, in Lectures on tumours. Lond. 1853.

Fock. Zur Diagnose der schmerzhaften Geschülste in Deutsche Klinik (1855).

Bouchacourt. Des tumeurs nerveuses sous-cutanées et de leur traitement (Bulletin de thérap., 1851).

Samson et Begin. Médecine opératoire de Sabatier.

Cabaret. Gazette médicale, 1851.

Lebert. Traité pratique des maladies cancéreuses.

Cornil et Ranvier. Histologie.

Broca. Traité des tumeurs.

Virchow. Pathologie des tumeurs.

Tillaux. Fibrome sous-cutané douloureux de la région mammaire droite. (Gaz. des hôpitaux, 1870).

Monod. Etude sur l'angiome simple sous-cutané circonscrit. Thèse de Paris, 1873, n° 95.

Follin. Pathologie externe, t. II.

Jamain et Terrier. Pathologie externe, t. I.

Bouchage et Richard. Thèse de Paris, 1874, n°s 74 et 77.

Heurtaux. Nouv. dict. de médecine et chirurg. pratiques, t. XIV, p. 587.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES,

Anatomie et histologie normales. — Appareil de la digestion.

Physiologie. — De l'effort.

Physique. — Induction par les courants ; appareils employés en médecine.

Chimie. — Préparation et propriété des sulfures de potassium, de fer, d'antimoine, de mercure.

Histoire naturelle. — Des inflorescences; comment les divise-t-on ? Quelle est leur valeur pour la détermination des genres et des espèces ?

Pathologie externe. — Des abcès du cou et de leur traitement.

Pathologie interne. — De l'hypertrophie du cœur; du rôle des nerfs vaso-moteurs dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologiques. — De la phlébite.

Pharmacologie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont les cantharides pour base.

Thérapeutique. — De la médication altérante et de ses principaux agents.

Médecine opératoire. — Cathétérisme des voies lacrymales.

Hygiène. — De l'encombrement.

Médecine légale. — Caractères distinctifs des taches de sperme d'avec celles que l'on peut confondre avec elles.

Accouchements. — De l'accouchement par le pelvis.

Vu par le président de la thèse,
GUYON.

Permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie,
GREARD